

47429 04

OdontoLife®
 tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº


 300878
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2010	4-Data de Autorização 11/03/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158591	7-Data Validade da Senha 11/06/2010
8-Número da Carteira 0037000003681079		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ESPACO GASTRONOMIC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703407826204300
13-Nome JOSE PEIXOTO PINTO DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE PEIXOTO PINTO DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA		18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA			27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
222,00	0,00	0,00		16/03/2010	
14,00	0,00	0,00		16/03/2010	
14,00	0,00	0,00		16/03/2010	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 250,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					